

Semiologia do Lactente

Dr. ISAAC M. MIELNIK

Interno da Clínica Pediátrica — Serviço do Prof. Pinheiro Cintra.

A semiologia do lactente, capítulo inicial da Pediatria, oferece algumas particularidades, que vamos procurar expor sistematicamente, numa chave que aqui vamos estudar e que se afasta em certos pontos, da semiologia do adulto.

Baseamo-nos, para a feitura dessa exposição sumária, na ficha que é adotada no serviço do prof. Pinheiro Cintra, com excelentes resultados, de vez que aborda todos os departamentos a serem pesquisados, e que aqui vamos submeter a uma análise um pouco mais detalhada, afim de que possa ser utilizada por todos aqueles que dela venham a necessitar, ao fazer uma observação de Pediatria. Trabalho essencialmente prático, não almeja outro mérito que o de ser útil aos que, desejando se familiarisar com a Pediatria, se vêm a braços com determinadas dificuldades, ao examinarem o lactente.

- SUMÁRIOs**
- 1 — IDENTIFICAÇÃO
 - 2 — ALIMENTAÇÃO
 - 3 — ANTECEDENTES e PÁSSADO MÓRBIDO
 - 4 — HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL
 - 5 — EXAME FÍSICO GERAL
 - 6 — EXAME FÍSICO ESPECIAL:
 1. Cabeça
 2. Pescoço
 3. Tórax: Aparelho respiratório e circulatório
 4. Aparelho digestivo: Bôca, faringe e abdomen
 5. Membros
 6. Sistema nervoso
 7. Glândulas endócrinas
 8. Aparelho génito-urinário
 - 7 — Outros EXAMES

1 — IDENTIFICAÇÃO

Nesta parte são consignadas referencias relativas aos pais, nacionalidade, idade, consanguinidade, alcoolismo, moléstias familiares; se houve abortos, outros filhos, as condições de seus nascimentos, nati-mortos, e prematuros. No caso de história de abortos, saber se foram espontaneos ou provocados, o seu número, a idade do produto, etc.

Pesquisar a seguir as condições em que decorreu a gravidez, quem assistiu o parto, (parteira, médico, ou curiosa?), as condições alimentares da parturiente, seu modo de viver, harmonia conjugal, psiquismo, e ambiente psíquico de sua casa. É de interesse saber se a criança nasceu a termo ou antes, se o parto decorreu normal, ou se foram usados quaisquer meios mecânicos para sua extração (forceps), graças á importância que aí desempenham os traumatismos de nascimento na gênese de hemiplegias, hemiparesias, síndromes neurológicas outros (síndrome de Little, epilepsia, etc.) além dos efeitos tardios sobre o desenvolvimento de psiquismo da criança. Nas condições que acompanham a parturição, si houve convulsões, hemorragias ou sintomas de asfixia. Convém assinalar si existiu ictericia néo-natorum, ou outras características diferentes.

2 — ALIMENTAÇÃO

Neste particular é de necessidade absoluta conhecer-se, qual tem sido a alimentação da criança desde o dia de seu nascimento até o dia de hoje. Si foi amamentada ao peito materno ou de ama, se mamou com horário certo ou arbitrário, até que data foi alimentada com leite de peito; quando se iniciou o desmame, e quando começou a alimentação mixta e artificial.

Si a alimentação foi artificial, é preciso se esmiuçar como foi preparado o leite, quanto foi dado por vez, como o tolerou a criança. Precisamos saber se a criança recebeu a sua quota de vitaminas em tempo devido, ou como é o mais comum, esta parte passou inteiramente despercebida á mãe.

Mais comumente é o PESO da criança que informa sobre a sua condição eutrófica de desenvolvimento e equilibrio adequado do seu metabolismo.

Dispomos para saber o peso certo de uma criança, da formula de Finkelstein, que relaciona o peso á idade, estabelecendo uma relação importante para todos que desejam o nível trófico de uma criança em dado momento de seu crescimento. Esta formula é a seguinte:

1) peso ao nascer + n.º de meses x 600 (para o 1.º semestre)

2) peso ao nascer + n.º de meses x 500 (para o 2.º semestre)

Por esta formula, o peso do lactente, que é de 3.000 a 3.200 grs., ao nascer, deverá duplicar ao fim de 6 meses e triplicar ao fim de um ano.

O *PESO* do lactente é noção indispensável em tôda a *Pediatria*, pois representa uma noção exáta da relação quantitativa e qualitativa da alimentação infantil.

3 — *A N T E C E D E N T E S*

Uma primeira questão que nos surge é a da *DENTIÇÃO*: devemos saber que os primeiros dentes de leite irrompem em geral, entre os 6 e os 8 meses de idade. Baseamo-nos na tabela fornecida por *HOLT*, para a ordem que seguem os dentes no seu aparecimento:

incisivos centrais inf.	6 — 8 meses
incisivos superiores	8 — 10 meses
incisivos laterais inf.	10 — 14 meses
caninos	16 — 20 "
primeiros molares	12 — 16 "
segundos molares	20 — 30 "

Aparecem movimentos coordenados entre o 3.^o e o 4.^o mês, quando a criança consegue sustentar sósinha a cabeça; já no 7.^o — 8.^o mês, senta-se, sem apóio, engatinha aos 9 — 10 meses, andando com apóio alheio aos 12, sóbe escadas aos 18 meses, e corre aos 2 anos.

Tôdas essas noções, lembradas no interrogatório sobre seus antecedentes, darão da criança, um fiel retrato no que se refere ao seu desenvolvimento intelectual e do seu sistema nervoso, que como sabemos começa desde cedo. A fôrça com que a criança agarra os objéto que lhe oferecemos, seus movimentos espontâneos darão informação de sua fôrça muscular, bem como de sua hipotonía ou paralisía, evidênciadas pela inércia absoluta ou relativa dos membros atingidos.

P Á S S A D O M Ó R B I D O

Aquí são abordadas as moléstias de que tenha sofrido o lactente antes de se apresentar ao Serviço.

Sarampo, coqueluche, varicéla, escarlatina, paralisía infantil, etc., serão cuidadosamente pesquisadas, bem como aquelas que sem constituírem moléstia típica, definida, mas de caráter geral, demonstram a existência de um terreno patológico, uma constituição doentía, e que são as

DIÁTESES. (neuropática, timo-linfática, exsudativa e espasmofílica)

Tosses e resfriados frequentes também serão especialmente assinalados, ao lado de perturbações digestivas (vômitos, seu tipo, natureza, frequência, horário, agravamento, etc) entéricas (fézes, evacuações, número, natureza, com ou sem sangue, catárro, pús, etc.)

Dôres de ouvido, purgação, ótites, etc. A *TUBERCULOSE* ocupará neste nosso interrogatório, lugar de destaque. Houve in-

fecção? imunisação? vacina? Von Pirquet, Mantoux? O ambiente em que está crescendo a criança, a tuberculisação exógena, e endógena, tudo deverá estar bem esclarecido antes de estudarmos o que motivou a vinda do doentinho ao Serviço.

4 — HISTÓRIA DA MOLESTIA ATUAL

Aqui não poderemos estender-nos sobre as características queixas que se ouvem num ambulatório de Pediatria, pois assim fazendo estaríamos fugindo ao nosso determinado objetivo, que não é a patologia pediátrica, e sim, a sua propedêutica. Procurem-se pois os livros de Pediatria, para a discussão da história do pequenino doente. Seja-nos contudo permitido apontar as dificuldades que a tomada de tal história oferece. O grau de instrução do responsável pela criança (o pai, a mãe, ou alguma outra pessoa, não raro um parente afastado, que traz a criança ao Serviço, pela impossibilidade da mãe fazê-lo, já porque trabalha ou porque tem outros filhos a que atender), o grau de atenção com que esta pessoa acompanha o que se passa no lactente, a verdadeira ignorância em interpretar os sintomas do lactente, sugerem por si, a dificuldade que representa, para o médico, ouvir a queixa (às vezes, quantas vezes! um único sintoma: diarreia, convulsões, febres!, dôr de ouvido, etc., etc..

Tem pois o médico muitas vezes, que ignorar o que ouve da mãe ou do avô, e examinar a criança, como se nada soubesse do que se passa com ela. Mas o esforço quando bem feito é sempre bem sucedido, e em geral, podemos ouvir uma queixa que vai nos orientar sobre o mal que aflige o pequenino sêr que se debate num chôro, que por si só, aos ouvidos experimentados, já significa uma boa orientação.

5 — EXAME FÍSICO GERAL

O exame físico geral começa, enquanto o médico ouve a queixa que traz o pequenino paciente ao Serviço. Já então vai êle procedendo a um exame, que com o correr do tempo se tornará, quiça inconciênte, mas que êle guardará sempre, enquanto clinicar. A primeira impressão que o médico recebe, ao observar a criança, é da maior importância, porque de certa maneira já orienta o seu prognóstico. Ante uma criança esperta, viva, que opõe resistência a ser despida ou examinada, e grita fortemente, nosso prognóstico é bem mais otimista do que quando examinamos uma criança sucumbida, de olhar parado, fraca e estuporada.

É a primeira impressão que nos dá uma inesquecível idéia da entidade mórbida. O sorriso e o bom-humor têm sua parcela de importância, que não póde ser posta de lado, segundo a opinião de Finkelstein; diz o grande mestre, que ante uma criança presa de uma afecção aguda que no entanto sorri com facilidade, e brinca, devemos ter menos reserva no diagnóstico, do que perante uma criança abatida que nada consegue distraír.

Estas idéias que aqui expomos, até bem pouco tempo, objeto de certa displicência por parte de todos os facultativos não especializados, hoje figuram entre as mais importantes, dado o melhor conhecimento que se tem sobre as relações psico-somáticas, no organismo doente.

No exame físico geral deverá ser seguida certa ordem:

1 — *Atitude no leito*: após a primeira impressão, deve-se notar o decúbito; a existência de espasmo, na tetânia; o opistótono e a rigidez nucal, na meningite; o verrumar incessante da cabeça no travesseiro, dos raquíticos; o estado de alheimento e sofrimento nos distúrbios nutritivos crônicos.

NOTA: Todos os exames devem, no lactente, ser feitos, despidendo-se o mesmo, estando o ambiente a uma temperatura estável, e as mãos do médico aquecidas, para evitar fenômenos de vasoconstricção, que possam prejudicar a observação de uma hipermia, ou coloração de pápulas, etc.

2 — *Nutrição e estado geral*: Devemos ocupar-nos aqui, do estado do pâncreo adiposo do lactente. Obesidade e emagrecimento exagerados. Grau de TURGOR e ELASTICIDADE, avaliados pelo lapso de tempo que leva para se desfazer uma préga feita no abdomen pelos dedos. Ambos dependem da hidratação da pele. Si a pele se desidrata, por vômitos ou diarreia, o turgor diminui, o que se denuncia pela persistência anormalmente prolongada da préga produzida.

3 — *Péde e mucosas*: Observar a palidez dos anêmicos; si ha ictericia; erupções de toda a natureza, especialmente pênfigo luético, sífilides, mais típicas nas palmas das mãos e nas plantas dos pés; procurar impetigo, eczema seco ou húmido, eritemas, urticária. Escabiose, intertrigem (nos espaços de possível humidade e atrito das epidérmes, axilas, côxas, etc.) Circulação colateral, e curso. Edemas, manchas, equimoses, sufusões, petéquias, hemorragias. Lábios e unhas, e as conjuntivas devem ser examinadas, a vêr se estão normalmente coradas. Cianose se presente, deve ser assinalada. Pêlos, sua distribuição, penugem, tufo ao longo da coluna vertebral, que façam suspeitar de *spina bifida*; cabêlos anormalmente longos e abundantes, com muita penugem pelo corpo. Veias dilatadas, em determinados lugares inférem a existência de lúes, como as ectasias venosas frontais. Procurar escaras, especialmente de decúbito, ao nível da região sacra.

4 — *Gânglios linfáticos*: a palpação dos gânglios linfáticos tem a sua importância, na semiologia do lactente. Far-se-á progredindo de cima para baixo, sucessivamente os *cervicais*, os *submaxilares*, os *supraclaviculares* (aos quais Finkelstein atribui grande importância na denuncia de uma tuberculose ou de um tumor mediastínico); os *torácicos*, os *cubitais*, e os *inguinais*, todos êles podendo ser séde de processos infecciosos, e trazendo a suspeita, de

acôrdo com a sua localização, de processo pulmonar, luético, pelvico, etc.

5 — *Temperatura*: Alguns preferem tomar a temperatura no réto, deitando-se o paciênte em decúbito lateral, com um dos membros flexionados, estando o termómetro engordurado ou humedecido com água. Em geral, porém, a temperatura é tomada na axila ou na virilha, quando se trata de crianças rebeldes. A temperatura normal do recém-nato oscila entre 36.^o,9 e 37.^o,2, e em geral, eleva-se muito mais nas afecções febris, do que no adulto, nas mesmas condições. São também freqüentes as hipertermias, por superaquecimento, como as hipotermias por dispersão calórica no lactente, dada sua grande superfície corporal em relação ao seu pêso, e por estar o seu centro de termoregulação, ainda não em pleno funcionamento.

6 — *Pulso e Pressão arterial*: Não desempenha aqui o papel que tem na semiologia do adulto. As causas de sua elevação são muito mais freqüentes que no adulto; temos inúmeras observações sobre o aumento do pulso, até a taquisfigmia ao nos aproximarmos de um lactente. Tem sempre maior tendência a subir devido a condições diversas; choro, dor, desgosto, fome. A prática para palpar o pulso, pôde ser a do adulto, palpando-se a artéria radial, porém devido ao panículo adiposo tal manobra pôde apresentar dificuldades, preferindo-se palpar a a. temporal, na região da frente, o que se pôde fazer, com a criança adormecida. A pressão é tirada com manguito dobrado ou especial. Exige muita paciência. As variações são pouco interessantes.

7 — *Respiração*: — Contar-se-á a frequência respiratória. A descrição do tipo, amplitude, ritmo, irregularidade, dispnéa etc. será objeto de certo detalhe, na parte correspondente de APARELHO RESPIRATÓRIO.

8 — *Medidas*: O valôr das medidas feitas nos lactentes, é hoje de tal importância, que não é possível deixar de frisar o seu uso. As medidas desempenham, não só o papel de indicar os limites da normalidade, como ainda o progresso para melhor ou pior do lactente. Medidas que não são comparadas com determinada escala (de Von Pirquet ou de Ema Azevedo, entre nós) não têm valôr. Além de comparadas numa escala, devem ainda ser comparadas entre si, e mostrar si ha ou não a relação harmônica que se deve encontrar, no lactente.

Assim, é preciso lembrar que até o fim do primeiro ano de vida, a cabeça é normalmente maior que o tórax; depois dessa idade, o tórax deve predominar. São as medidas que nos permitem suspeitar de certas moléstias, como microcéfalo, cretinismo, hidro-

célalo, etc. e o hábito de medir os doentinhos, além de ser científico, traz grandes vantagens ao diagnóstico, e tratamento.

Em geral medimos:

- 1 — CABEÇA — diâmetro fronto-occipital
biparietal
circunferência
- 2 — TÓRAX — ao nível dos mamilos
- 3 — ABDOMEN — ao nível da cicatriz umbilical, geralmente de menos valôr que os precedentes.
- 4 — ESTATURA — medida pela distância do calcanhar até o ponto mais elevado da cabeça.
- 6 — *EXAME FÍSICO ESPECIAL*

1 — CABEÇA

No exame da cabeça consideraremos separadamente:

O crâneo e a face.

Crâneo: Começar notando se ha qualquer erupção (INSPECÇÃO) no couro cabeludo, a forma e a distribuição da penugem; se ha falhas, deformações visíveis, bóssas, névus, hemorragias, etc. A êsse exame atento, segue-se a PALPAÇÃO, que deve ser feita metódicamente e com cuidado. Palpam-se as suturas, bóssas, fontanelas, seguindo-se uma ordem certa. Verificar si ha zonas de amolecimento (craniótaves) sinal de raquitismo. Si ha hematomas moles subcutâneos, si ha soluções de continuidade entre as suturas crânicas. Passar em seguida á MEDIÇÃO, com fita métrica dos diâmetros já assinalados: *fronto-ocipital* (desde a glabella até a protuberância occipital externa); *biparietal*, e *circunferência do crâneo*. Normalmente o crâneo tem uma circunferência de 35 cms, ao passo que o tórax mede 34 cms. Medir também a grande fontanela, e dar o tamanho em dedos de comprimento, verificar seu grau de relaxamento ou distensão (meningite); ver se está escavada (deshidratação). A grande fontanela fecha-se geralmente aos 12-18 meses de idade.

Face Observar cuidadosamente a pele, em busca de sinais que já foram assinalados na parte geral. Passar depois aos

ORGÃOS DOS SENTIDOS:

Olhos Verificar si ha ou não hemorragias sub-conjuntivas, icterícia; *Palpebras:* conjuntivite; *Pupilas,* coordenação dos movimentos dos globos oculares, movimentos exagerados, nistagmos, anisocoria, dilatação pupilar, perda do reflêxo á luz. Síndrome de Horner. Amaurose; mongolismo.

Ovidos: Limpar o conduto auditivo externo de crostas e cerumen, com um pouco de algodão e vaselina. Pôr a criança em decúbito sobre uma mesa, segura por uma enfermeira, enquanto outra segura a cabeça, fixamente.

Examinar o ouvido com otoscópio; para pesquisar a existên-

cia de dôr, comumente, é costume exercer-se a pressão sôbre o *tragus*, que provoca grito e choro si a criança estava quieta, e exacerbação si já chorava. Pesquisar o fenômeno de Grunfelder, análogo ao de Babinski, quando ha uma exsudação no ouvido médio. Até a criança crescer, não ha possibilidade de diagnosticar surdês.

Nariz: Observar a respiração normal ou dificultada. Obstrução por rinite. Suspeitar de luês congênita, ante casos de rinite rebelde, no lactente. Dispneá exagerada desde o nascimento, pôde fazer suspeitar de obstrução congênita das coanas posteriores, o que é raro. Nariz em séla.

Bôca: Veja APARELHO DIGESTIVO.

Nota: os olhos, ouvidos, e bôca, a temperatura deverão, por serem exames um tanto dolorosos, ou por excitarem a criança, ser deixados para o fim de todo o exame.

2 — P E S C O Ç O

Observar a mobilidade, a rigidês de grupos musculares; não é preciso destacar o valôr de uma rigidês nuczal, que deve ser bem pesquisada. Palpar os ganglios da região. Observar o paniculo adiposo (nódulos, etc.)

3 — T Ó R A X

APARELHO RESPIRATÓRIO

Inspeção Tipo do tórax. Simétrico ou assimétrico. Deformações. Raquitismo.

Estática: Inspeção da *face anterior* do tórax; espaços supra-claviculares, fossas infra-clavic. Mamilos: mastite: hiperflasia das mamas; leite de feitiçeira. Abaulamentos ou retrações anormais.

Face posterior: omoplatas, espaço espondileu. **Coluna vertebral, desvios.** Normalmente o recém-nascido não apresenta desvios da coluna, que só aparecem depois dos três mêses.

Inspeção dinâmica: Observar a respiração do lactente, antes de examiná-lo.

Notar dispneá, respiração ofegante, gemida, dolorosa, estrídula; observar si ha ritmo de Biot, devido á irregularidade do centro regulador. Normalmente contam-se 30-60 respirações por minuto. Observar retrações anormais dos intercostos, como succede no raquitismo.

Podem também aparecer os tipos respiratórios de Cheynestokes, e de Uusemaul.

O tipo respiratório infantil é em grande parte diafragmático, i. é, abdominal, e assim persiste até a 2.^a infância. Nos lactentes, o ritmo se perturba com grande facilidade, ante quaisquer causas, só sendo apreciável o ritmo regular durante o sono. O

intervalo entre a ins e a expiração, varia muito devido á falta de coordenação dos centros responsáveis.

Palpação: Deverá ser feita no lactente nú, estando o examinador com as mãos aquecidas. Deve-se levar em conta, ser o *Frêmito*, mais intenso nos lactentes, devido á delgadeza das parêdes de seu tórax. O frêmito só pôde ser pesquisado pelo *Chôro* da criança. Na palpação, cabem além disso a pesquisa de pontos dolorosos, as diferenças de elasticidade e de expansibilidade de cada hemitórax. Deve-se procurar a existência de flegmões, amolecimentos, etc.

Percussão: A percussão fornece no lactente, com algumas exceções, as mesmas indicações como nos adultos. A enfermeira deve segurar o lactente, que vai ser examinado, quando se trata de percutir a face posterior do tórax. Ela o segura de tal forma, que o lactente esteja de costas para o médico, debruçado sôbre a enfermeira, com o rôsto voltado para ela. Como esta posição, nem sempre oferece uma perfeita simetria dos hemitórax, ha quem prefira que o lactente esteja sentado, sôbre uma mesa alta, com a enfermeira segurando a cabeça da criança, estando esta ligeiramente inclinada para a frente.

A percussão é feita dêdo-a-dêdo, com muita suavidade, dada a grande capacidade vibratória do tórax infantil. Quando se percebe qualquer alteração da sonoridade, pôde-se aumentar a força de percussão. Também é de prática, a percussão dirêta, do dêdo sôbre a parede da caixa torácica.

O som que se obtem pela percussão, é um tanto timpânico, devido ao calibre dos brônquios, relativamente grande, e á delgadeza da parede torácica, sendo mais exagerado nas regiões espondilêa e infraclavicular direita, onde por vezes se obtem um verdadeiro som de "panela rachada". Tôda a maciszez absoluta encontrada em lactente deve fazer suspeitar de um exsudato, mais do que de uma condensação. (Finkelstein)

Ausulta: Pôde ser feita com um estetoscópio, ou pela aplicação dirêta do ouvido. O estetoscópio que julgamos mais conveniente para uma bôa ausulta num lactente é o de fúnil, pois se adata melhor ás irregularidades de sua parede torácica, e delimita mais o campo de ausulta. Para ser auscultado dirêtamente, levanta-se o lactente com a mão direita, sôbre a face anterior do tórax, e a mão esquerda, sôbre as nádegas; e leva-se o lactente ao ouvido.

O murmúrio vesicular normalmente audível é um som alto, rude, que vem descrito ns livros como a respiração "puéril". Percebe-se bem a respiração brônquica. Para se fazer bem a ausulta, a criança deve ser mudada de posição, diversas vezes. Um derrame pôde não causar uma diminuição do murmúrio; nesses casos presta serviço o sinal conhecido como "sinal da moeda"

Ambos os pulmões devem ser auscultados metódicamente, em

tôdas as áreas de ausculta. O *Chôro* da criança não dificulta a ausculta, podendo até favorecê-la, pois nas pausas inspiratórias pôdem-se perceber estertores de finas bôlhas, de outra maneira indidiagnósticaveis.

APARELHO CIRCULATÓRIO

CORAÇÃO:

Inspeção e palpação: Observar a área pre-cordial, procurando abaulamentos ou retrações. Abaulamentos são frequêntes, dada a elasticidade dos ôssoos jovens, e indicam moléstia cardíaca grave, com dilatação do coração.

O choque da ponta: é mais elevado, mais hori zontal, e mais situado ; esquerda devido ao diafragma, que se acha numa situação mais alta também. Nos lactentes, o choque da ponta não é visível, sendo só ligeiramente palpável; acha-se situado no 4.º intercosto até o 1.º ano de vida; depois com igual frequênciã, no 4.º e 5.º intercostos, a 1 ou 2 cms. para fóra da linha hemiclavicular.

Deve-se procurar a existênciã possível de frêmitos, sôbre a área cardíaca.

Percussão: Como para os pulmões, deve ser feita com tôda a suavidade. Deve-se determinar a macissês cardíaca, como para o adulto, sendo na criança de grande valôr semiótico. Não deve-rá ser confundida a macissês cardíaca, com a macissês que se encontra atrás do manúbrio, macissês manúbrio-esternal, macissês tímica.

Ausculta: Deve-se fazê-la com a criança adormecida ou distraída, uma vez que o chêro ou a emoção, aumentam rápida e enormemente o ritmo cardíaco. É frequênte e merece ser citado, o desdobramento do 2.º tom, na base, que é considerado fisiológico, e dado como a diferença de fechamento das valvulas sigmoides da aôrta e da pulmonar. Às bulhas cardíacas bem como os sôpros cardíacos, são bem mais audíveis que no adulto, dada a fina parede que as separa de quem as ausculta. Daí seu grande valôr, quando se tornam mais fracas nas astenías do miocárdico e graves lesões cardíacas.

VASOS;

Pulso: No lactente, é difícil encontrar-se o pulso radial, não só devido á finúra do vaso, mas e sobretudo ao panículo adiposo, que rodeia o seu punho.

É o coração quem nos informa sôbre o estado do pulso, e o exame geral, sôbre a circulação periférica.

APARELHO DIGESTIVO

Antes de procedermos ao exame do abdomen desejando encará-lo como um todo, cabe-nos abrir um parêntesis para falar sôbre a porção inicial do aparelho digestivo. Começamos pois com a

Bôca: A *inspeçã* oincluirá a observação da côr e conformação dos lábios (palidês, lábio leporino, etc.) Entreatrindo-a

pesquisaremos as *gengivas*, e a *língua*. As *gengivas*, se inflamadas, purulentas, etc. A *língua*, *sêca* ou *úmida*, *vermelha* ou *saburósa*, com *papilas hipertrofiadas* ou não; se faz *protrusão da bôca*, (*idiotia*, *cretinismo*)

Dentes: São importantíssimos. Observar o número, a implantação que deve-se fazer, principiando pelos incisivos inferiores, os superiores, os caninos inferiores, os superiores e os premolares. A primeira dentição ou de leite instala-se entre os 6 e os 8 meses, e o número de dentes normais pôde ser facilmente calculado:

$$N - 6 = X \frac{\text{N, número de meses}}{\text{X, " " dentes}}$$

Assim, uma criança de 10 meses deverá ter 4 dentes. É altamente importante, o número dos dentes, seu estado e implantação.

A seguir o *palato* nas suas partes *duro* e *mole*, para vêr se não ha perfurações, etc.

Tambem no paláto pódem se localizar as primeiras erupções de uma *escarlatina*. O *sarampo* se denuncia por pequenas pápulas (*manchas de Koplik*) com *isquemia central*, que se encontram ao nível dos moláres, na *mucósa bucal*. O exame da *farínge*, *amídalas*, *úvula* e *piláres*, bem como da *bôca* em geral será adiado para o fim da observação, dada a dificuldade, o *chôro* e a *angústia* que provóca na criança. Esta não deverá ter-se alimentado logo antes de tal exame.

A B D O M E N:

Inspecção: Observar-se-á inicialmente: Estado da *pêe*, erupções, *cicatrices*, *manchas*, etc. A *cicatriz umbelical*. *Hérnias*. *Peristaltismo espontâneo*. *Circulação colateral*. *Pêe inelástica*, de *turgor diminuído* *deshidratada*, *cheia de rugas e prégas*.

Palpação: Deve ser *superficial* e *profunda*.

Palpação superficial: Fazê-la com a *mão espalmada*, *aquecida*, afim de evitar *contrações* e *resistência*. Informa-nos se ha *defêsa de parede*, *resistência*, *edema*, etc.

Palpação profunda: Para os *orgãos intra-abdominais*.

Figado: Facilmente palpável seu *bordo inferior*, que nos *lactentes* ultrapassa o *rebordo costal*. A *técnica* é igual a do *adulto*.

Baço: Método idêntico ao do *adulto*. É *impalpável* normalmente, a não ser a sua *ponta*.

Intestino: Fazer *rolar as alças*, sob os *dedos* em *palpação profunda*. O *pilóro* é palpável em casos de *PILÓRO ESPASMO*. Pesquisizar *tumores* (*obstrução*)

Rins: O processo mais usado de *palpação* é o de *Glenard* ou do *polegar*, usado tambem para o *adulto*. No *lactente* os *rins* são facilmente palpáveis pois *ultrapassam a 12.^a costéla*.

Percussão: Poucos dados fornece a *percussão*. É usada quando se *suspeita de derrames intra-peritonais* (*acite*)

SISTEMA NERVOSO

É difícil explorar o sistema nervoso em *crianças pequenas*.

Reflexos cutâneos e tendinosos: Devem ser pesquisados enquanto a criança mama, pois então estão seus músculos relaxados e sua atenção concentrada no ato de mamar.

Convem lembrar que o sinal de Babinski está presente em crianças até 6 meses de idade e além dessa idade, deve ainda ser encarado com reserva. Os reflexos cutâneos se exaltam na espasmofilia (sinal do facial, ou de Chvostek, sinal do peroneiro, percussão da cabeça do peroneiro com rotação do pé para dentro).

Sensibilidade: É muito mais difícil sua pesquisa. No lactente que não informa, é preciso vigiar a fisionomia e notar se ha alterações da expressão (chôro, grito, carêta, etc.) Convem que a criança não veja a mão do observador, ou a agulha de prova. Nos lactentes distróficos e intoxicados, e nos de evolução mental pobre, as reações são sempre mais tórdias.

Motricidade: Descrever-se-ão os tics, convulsões, atetoses, etc. A paralisia se observará pela inércia, hipotonia e falta de uso do membro paralisado. Cuidado com a etiologia da paralisia (não nervosa, mas óssea, distrófia muscular, etc.)

Conciência-sensório: É fácil observar-se se estão ou não alterados, pela atenção que o mundo exterior, por meio dos sentidos, desperta na criança.

APARELHO GÊNITO URRINÁRIO

Os *Rins* são palpáveis, normalmente (método de Glenard)

A *Bexiga* cheia, póde significar lesão da médula, mas em geral, só se suspeita dêsse fáto, quando sua distensão chega até o úmbigo.

Orgãos genitais : No lactente masculino, o tamanho da bolsa escrotal não está em relação com o "descensus testiculorum", podendo ser grande sem conter ainda os testículos. É comum intertrigem ao nível da pele escrotal, muito fina.

Na menina, os grandes lábios são em geral pouco desenvolvidos, de tal maneira que os pequenos lábios e o himen sobresáem de entre êles. Durante os primeiros dias de vida, ha uma leve leucorréa epitelial, atribuida á absorção do estrogênio materno.

MEMBROS

Observar a tonicidade da musculatura, e a conformação óssea. Vêr se ha atrofia musculares, ou abalos musculares (fibrilação muscular) presentes na paralisia infantil (Heine-Medin) e que são sinal de sofrimento das células do corno anterior da médula. Observar diferenças e dissimétrias dos membros (pés varus, pés valgus, etc.), que são malformações congênitas. Fraturas são comumente a verdadeira causa de paralisias.

COLUNA VERTEBRAL: No lactente, encontra-se em geral, um leve grau de cifose; proceder á palpação, cuidadosamente para descobrir falhas entre as vertebrae, denunciando *espina bífida*.

Às vezes se encontram tufoe de pêlos, ao nível das falhas que caraterisam a spina bífida. Existem também certas manchas,

ditas “manchas mongólicas” que aparecem em certos casos de mongolismo, ao nível da coluna vertebral. Pesquisar também amolecimentos (mal de Pott, flegmões, etc.)

EXAMES DE LABORATÓRIO

Para decidir ou corroborar o diagnóstico, tem o pediatra necessidade de pedir certos exames de laboratório, que vão orientar com seu resultado, o caso em discussão.

Estes exames são:

I — FÉZES

O aspecto macroscópico das fézes perdeu hoje, um pouco de seu antigo apreço. Como Chiaffarelli diremos que “o pediatra atualmente não é um médico de fraldas e sim de crianças”. De modo que se as fézes são descoradas, ou esverdeadas, ou contem um pouco de catarro, êste fáto não nos inspirará cuidados, de vez que a criança prospere, aumente de peso e conserve sua alegria.

Ha casos porém em que vamos encontrar muito muco, ao lado de máu estado geral; pôde haver diarréias, post-prandiais; pôde haver sangue nas fézes, estrias como na disenteria; sangue puro, na invaginação.

Microscópicamente, se pesquisarão óvos de helmitos, parasitos, pús, muco e sangue. Não esquecer a *amebíase* frequente entre nós. Não esquecer a *Cultura* das fézes, com material colhido por Sonda Nelaton, introduzida no réto, até 8 cms.

II — URINA

Tôda a fébre sem causa aparênte, deve despertar a suspeita de PIURIA; feito o exame de urina, poderemos então afastar ou não tal diagnóstico. Os exames de urina serão feitos de acôrdo com as indicações do caso. A urina, no menino é colhida por um tubo adaptado com esparadrapo ao penis. Na menina por cateterismo uretral.

III — EXAME DO ESCARRO

É difícil obter-se o escárro nos primeiros anos de vida. Pôde-se fazer uma técnica que consiste em provocar um acesso de tósse e apanhar o escárro arremessado, com um chumaço de algodão. Hoje faz-se com maior eficiência, para positivar Tb., o Von Pirquet Mantoux e inoculação de suco gástrico.

IV — EXAME DO SANGUE

Pesquisar a lúe (Wasserman), preferindo-se nos lactentes a ponta do grande artêlho, o pavilhão da ovelha, ou o calcanhar. Para *sangrias*, de preferência fazê-las na *veia jugular*. Hoje está abandonada a punção do sêio longitudinal, em virtude de provocar estado de colapso.

V — EXAME DO LIQUOR

A punção *lombar* é feita com o paciênte deitado, membros flexionados fortemente. A agulha deverá ter 5-6 cms. O ponto de punção é determinado por uma linha horizontal unindo as duas cristas iliacas. Pôde-se fazer a *punção sub-ocipital*, mas deve ser preferida para as crianças crescidas e confiada a técnicos. A

punção do ventrículo que se faz em lactentes, pela fontanela, exige muita cautela e perícia.

VI — EXAME DOS EXSUDATOS

1 — *Pleural*: Fazer a punção com agulha de 6-8 cms., no 9.º intercosto, margem superior. Evitar a entrada de ar.

2 — *Abdominal*: A punção será feita entre a sínfise e o umbigo; ou num dos bôrdos do músculo réto, com a agulha dirigida diagonalmente para cima e para trás.

VII — EXAME ELÉTRICO

Feito como no adulto, com eletrodos do mesmo tamanho. Evitar êrros por contrações voluntárias, independentes da excitação elétrica.

VIII — EXAME DO SUCO GÁSTRICO

Usar uma sonda Nelaton (18 a 22) Para positivar a Tb.

IX — EXAME RADIOLÓGICO

Em tôdas as suas aplicações atuais.

X — EXAME do FUNDO de OLHO

Requer muita prática, mas é possível nos lactentes, distraíndo-os. Nos meninos de 2 a 4 anos, é difficilimo. Usar sempre dilatar-se a pupila com Homatropina.

XI — LARINGOSCÓPIA

Só praticável por médico especializado.

XII — ENCEFALOGRAFIA

1 — *Pneumoencefalografia e Ventriculografia*: Retirar pela fontanela, ou punção lombar, um pouco de liquor e injetar ar.

2 — *Eletroencefalografia*: Ainda nos seus primórdios no referênte á pediatria.

LABORATORIO KALMO LTDA.

Únicos distribuidores: Vicente Amato Sobrinho & Cia.
Consultórios Científicos:

Prof. Dr. Rubião Meira e Dr. A. Maciel de Castro

S ã O / P A U L O

FIGADO — FERRO — COMPLETO VITAMINICO B

HEMOFORT

PARA USO ORAL

RECONSTITUINTE

HEMOPOITE'TICO

OPOTERAPICO

VITAMINICO

INDICAÇÕES

Anemias — Convalescenças — Estados de astenia neuromuscular.